Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*02.09.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- ZIG (INIG)
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- MF3
  - [geschwärzt] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • 25.509.135 Fälle gemeldet (Stand: 01.09.2020), davon 3,3 % Verstorbene • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Indien, vereinigte Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien, Spanien, Peru, Frankreich, Mexiko, Russ. Föderation • 40 Länder/Territorien mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle / 100.000 Ew.: neu: Französisch Polynesien, Belize, Brit. Jungferninseln, Honduras, Montenegro, San Marino, Monaco; nicht mehr gelistet: Kosovo, Färöer Inseln, Luxemburg • Zusammenfassung der Europäischen Subregionen: Subregionen in der EU/EEA/UK-Region plus Albanien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Nordmazedonien, Schweiz , Serbien mit einer 7- Tages-Inzidenz >50 pro 100.000 EW; Länder: Albanien (1), Andorra, Belgien (1), Bosnien und Herzegowina (6), Frankreich (3), Kosovo, Kroatien (7), Montenegro, Nordmazedonien (2), Rumänien (11), Schweiz (2), Spanien (18), Tschechische Republik(1), Vereinigtes Königreich (1) (Datenstand 01.09.2020)	ZIG1
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • 1.256 neue Fälle und +11 Verstorbene im Vergleich zum Vortag; insgesamt ist der Anteil Verstorbener rückläufig • R-Wert und 7-Tage-R unter 1 • ITS im Vergleich zu den Vorwochen weiterhin um die 250 Fälle (aktuell 235) • 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer: seit in etwa dem 22.08.2020 zeichnet sich eine gewissen Umkehr ab – leichte Rückläufigkeit in nahezu allen BuLä • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz: kein LK mit 7-Tages-Inzidenz >50-100 Fälle/100.000 Einw.; 12 LK mit 7-Tages-Inzidenz >25-50 Fälle/100.000 Einw. (davon ausschl. LK Trier-Saarburg > 40 und 4 weitere LK > 30 Fälle/100.000 Einw.) • Im Wochenvergleich KW 34 und KW45: in mehr als 50 % der BuLä rückläufige Inzidenz • Anteil der Altersgruppen an Hospitalisierten: rote Linie = Gesamtzahl; Höchststand in KW 14, dann rückläufig und ab ca. KW 22 in etwa konstant • Anteil Hospitalisierter je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: rückläufiger Trend KW34/35 aufgrund des Zeitverzuges der Diagnosestellung mit Vorsicht zu interpretieren, insgesamt	FG32 FG36

recht konstant

- Anteil der Altersgruppen der Verstorbenen über die Zeit (nach Meldewoche): insgesamt größter Anteil bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen, jedoch gewisse Veränderung des Anteils jüngerer Altersgruppen über die Zeit zu verzeichnen
- Anteil Verstorbener je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: Anteil der Altersgruppe der über 80-Jährigen von 35 % auf derzeit unter 10 % zurückgegangen, ähnlicher Trend bei der Altersgruppe der 60- bis 79-Jähigen
- Deutlicher Hinweis, dass sich der Anteil an Verstorbenen über die Zeit verändert hat, Rückläufigkeit sehr interessant:
    - Vermehrte Testung nicht ursächlich, da in dieser Altersgruppe im Vergleich nicht zunehmend getestet wird
    - Dezidierte Aufschlüsselung hinsichtlich Altersgruppen nötig, auch hinsichtlich möglicher Ursache dieser Abnahme
    - Hierbei ggf. relevante Parameter: Meldedaten, Positivraten, syndromische Daten, Anzahl der Tests, absolute Fallzahlen, therapeut. Regime, klinische Verläufe und outcome, Setting, Hospitalisierung j/n, Geburtscohorten
    - Dezidierte Aufschlüsselung auch hinsichtlich Kommunikation hochrelevant
    - Weiterhin Analyse hinsichtl. Stratifizierung der Anzahl der Verstobenen im Ländervergleich von Interesse, ebenso der jeweilige Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe
    - Gesamtbetrachtung nötig

To do: Bitte um Schärfung der Fragestellung und dementsprechende, gezielte Auswertung

- 7-Tages-Inzidenz von COVID-19 in Abhängigkeit vom Ende der Ferien (Folie hier)
    - Hochrelevant und höchstwahrscheinlich Gegenstand zukünftiger Kommunikation/Diskussion
    - Folie „Ferienende/Schulstart“ kommunikatorisch möglichst neutral fassen: „wird weiter beobachtet“ bzw. hinsichtlich Reiserückkehrer: „diese haben im Zusammenhang mit dem Reiseende zu keinem wesentlichen Anstieg der Inzidenz in Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt beigetragen“
    - Cave: sehr vorsichtige und zurückhaltende Interpretation nötig, bestenfalls ausschließlich hinsichtlich der Reiserückkehrer formulieren, zumal zeitlicher Verzug der Meldedaten wahrscheinlich
    - Wäre auch für das BMG in abgerundeter Narrative von Interesse

To do: Einbettung in den Lagebericht gewünscht

	Laborbasierte Surveillance (Folien hier) • Anzahl Testungen pro 100.00 Ew. nach Altersgruppe und KW: Mutmaßlich sinkende Mortalität innerhalb der Altersgruppe der über 80-Jährigen (s.o.) muss an anderem Setting liegen, da Anzahl an Testungen seit mehreren Wochen nahezu konstant • Ursache sollte, auch im internationalen Vergleich, eruiert werden • Mittlere Altersgruppen insgesamt Zunahme an Tests, ebenfalls an Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag – bundesweit sichtbar • Anzahl Pers. mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Ew. nach Altersgruppe und KW: alle Altersgruppen rel. ähnlich, Altersgruppe der 15- bis 14-Jährigen um 34. KW erhöht und nachfolgender Abnahme (ggf. durch Reisetätigkeit - hierzu Abgleich mit anderen Datensätzen nötig) • Testverzug: relativ stabil, Zunahme der Vorwoche wird sich höchstwahrscheinlich aufgrund der Datenübermittlungszeit nivellieren • Cave: die verschiedenen Eingriffe von Entscheidungsträgern auf die Auswahl der zu testenden Personenkreise erschwert die Interpretation *To do: Bitte an [geschwärzt] um Bereitstellung einer Datentabelle zu Positivraten nach Altersgruppe für die AG Diagnostik zur Justierung von Teststrategien.* Syndromische Surveillance (Folien hier) • Grippeweb: bevölkerungsbasierte ARE-Raten ansteigend bis 35. KW (noch im Rahmen der Vorjahres vergleichbar, bei Kindern jedoch auffällig); • Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen, bis zur 35. KW: von KW 13/14 bis KW 23 „Allzeittief", Anstieg bis zur KW 29, konsekutive Ab- und derzeit erneute Zunahme; • Konsultationsinzidenz nach Altersgruppe und BuLä: ○ Bayern, BaWü: niedrige ARE-Raten ○ Berlin/BB: starker Anstieg in Vorwoche, derzeit wieder absteigend ○ NRW: Anstieg unabhängig der Ferien • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: ○ Covid19 spielt für Aktivität als Einzelerreger in der Bevölkerung keine Rolle (hier bei ca. 1 %; unter den SARI-Fällen (=hospitalisiert) konstant unter 3 %) ○ Nutzung als sensitives Instrument der zeitnahen Erfassung, wann Covid19 hier eine entscheidende Rolle spielt, möglich? ○ 2 Faktoren: ▪ Syndromisch meldende Praxen (Zunahme ihrer Anzahl = Abnahme der Unsicherheit, die mit der Berechnung der Konsultationsinzidenz einhergeht) ▪ Virologische Surveillance (derzeit ca. 100 Praxen, Stichprobennahme muss	

	geographisch, technisch und der Fachrichtung der Praxen entsprechend repräsentativ korrekt gewählt werden) ▪ Sentinelvorgehen gern ausweitbar, BMG hat Unterstützung bereits zugesagt, ITZ Bund Priorisierung derzeit zur Klärung Falldefinitionen und Testzahlen, Anfrage von (Kommunikation hier) • • • • *To do: (P1) und Abt. 3 (jew. Lageberichtsautor*innen) schließen sich dazu kurz, Implementierung erst ab nächster Woche* • Begrifflichkeit und Falldefinition „Covid-19 Erkrankung *versus* Infektion" – klare begriffliche Trennung hinsichtlich Allgemeinverständlichkeit nötig, Falldefinition gibt Anlass zum Missverständnis • Cave: Falldefinition selbst sollte ggf. nicht geändert werden *To do: Als TOP einer der nächsten Sitzungen*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur diese Woche am Mittwoch)** Anbindung der CoronaWarnApp an die Labore (Folien hier) • Problematik mit QR Code: Nutzer installiert Warnapp, kann positives Testergebnis eingeben, wird durch QR Code oder Verifikationshotline via Tele-TAN verifiziert, dann entscheidet Nutzer aktiv, ob Ergebnis an Personen innerhalb der Risiko-Definition mitgeteilt werden darf (im Sinne der Mitteilung „Risikobegegnung erfolgt") • Risikoermittlung: niedrig (keine Begegnung), niedrig mit Risikobegegnung (die aber nicht als erhöhtes Risiko eingeschätzt wird - Abstand zu groß oder zeitlich zu kurz), hoch (längerer Kontakt, kurze Distanz; nur hier Textempfehlung zum weiteren Vorgehen) • Laboranbindung: Muster geht ans Labor, QR Code zum Nutzer → Labor gibt nicht-personenbezogene Daten auf Server ein → Abgleich mit App (wenn Lab nicht angeschlossen → App-Nutzer	

muss via Hotline Tele-TAN erbitten); Arzt muss vor Probenahme Einverständnis von Patienten zur elektron. Übermittlung über WarnApp einholen;

- Problematiken:
  - Angeschlossene Labore
    - Priorisierung auf niedergelassene Labore; Krankenhäuser und Unikliniken noch kaum angeschlossen
    - 183 Labore für SARS-CoV-2-Testungen
    - 120 Labore sind technisch angeschlossen
    - 70 % der Testkapazitäten in D
    - 103 Labore E2E (end 2 end), Eurofins ist nicht angeschlossen
  - Häufigste Fehlerquellen:
    - Labore sind nicht an CWA angebunden
    - Verwechslung mit anderen Labor-Apps
    - Änderung der CWA-Funktion
    - Verifikation positiver Ergebnisse vs. personalisierte Befundmitteilung
  - Häufigste Fehlerquellen Muster 10C, Muster ÖGD
    - Dokument wurde kopiert und für mehrere Nutzer verwendet
    - Der individuelle Abschnitt wird den Nutzern nicht ausgehändigt
    - Einverständniserklärung fehlt
    - Kontaktdaten nicht leserlich
    - QR-Code wurde in sehr schlechter Qualität gedruckt
    - Verwechslungsgefahr:
      - QR-Code kann auch von anderen Apps genutzt werden, die mit anderen Laboren verbunden sind
      - Eigene Laborcodes werden ausgegeben
  - Häufigste Nutzungsfehler: QR-Code wird vorzeitig gelöscht oder mehrfach eingescannt
  - Lösungsansätze:
    - Diskussion über Veröffentlichung einer Liste mit allen an die CWA angeschlossenen Laboren
    - Texte in der App werden überarbeitet (z.B. Fehlerhinweise, Anleitung für QR-Codes)
    - Information an Teststellen und Hausärzte zum richtigen Umgang mit Muster 10C
    - Einbeziehung und Sensibilisierung der GÄ durch die AG Infektionsschutz
    - BMG und RKI haben eine Liste mit Kontaktadressen für Teststellen an Grenzübergängen und Flughäfen erstellt, um Rückfragen aus der Bevölkerung besser beantworten zu können
    - Priorisierung der Laboranbindung bei Grenzübergangen und Flughäfen

4	**Aktuelle Risikobewertung** • Deeskalierendes Wording im Lagebericht angepasst an die aktuelle Situation – und daran angeschlossen angepasst an die Risikobewertung • Da Fallzahlen derzeit stabil soll wording entsprechend angepasst werden *To do: Vorschlag dazu soll im Anschluss im Krisenstab-Verteiler verschickt werden (Vorschlag hier: „muss weiter intensiv beobachtet werden")*	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] **Presse** • Englischsprachige Website zu COVID-19 im Aufbau • Begrifflichkeiten „Isolierung" (von Erkrankten) versus „Quarantäne" (von Kontaktpersonen) werden weiterhin vermischt *To do: Bitte an Presse um ersten Aufschlag hinsichtlich einer Erklärung Isolierung versus Quarantäne* **Allgemein** • Antigen-Test als Vortest: prinzipiell denkbar in Abhängigkeit des Testmaterials, der Verwendung (als Screening?), Warnung vor Empfehlung von Tests unklarer Spezifität, bleibt zur Diskussion ○ Heute und Montag Telefonkonferenzen mit BMG und BfArM geplant ○ Klares Signal von Länderseite zur differenzierten Umsetzung nötig aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Praxen (Pädiatrie weitaus höhere Anzahl potentiell infektiöser Patienten als Internisten bspw.) ○ Ggf. Zusammenarbeit mit KBV/KV hinsichtlich gemeinsamer Lösung / Empfehlung denkbar? ○ Wird bei Tagung der beim BMG diesbezüglich	BZgA Presse [redacted]

	angesiedelten AG am Donnerstag thematisiert • Bundesgesundheitsblatt - Konzept wurde weitgehend zugestimmt • Vorschläge zu Verbesserungen wurden eingereicht • Artikel zu Schulen oder zu Deutschland im internationalen Vergleich mit Einreichungs-Deadline 01.10. sehr willkommen	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG-Liaison
7	**Strategie Fragen** **Allgemein** Diskussion zur Verkürzung der Quarantänezeit: • Bereits thematisiert in EU Ministerkonferenz und ECDC • Ohne Test Quarantänezeit nicht verkürzbar, im Rahmen von Contacttracing ggf. auf 10 Tage verkürzbar • Bericht auf Basis der Arbeit von Herrn und Kolleg*innen wird dazu verfasst • Cave: Compliance sollte berücksichtigt werden • Erlass muss noch bearbeitet werden • Diskussion wird vertagt **RKI-intern** Strategiepapier „COVID-19: Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten" (Dokument hier) • Wurde im Krisenstab vormittags in aktueller Version (in Positionierung erneut angepasst) verbreitet • Zur Vorlage bei Herrn am Montag • Ggf. bei Bedarf Diskussion der Zielstellung am Freitag (ggf. inkl. ppt in Abhängigkeit des Umfanges der Änderungs-vorschläge) *To do: Bitte von an den Krisenstab um Durchsicht hinsichtlich der jeweiligen Expertise und Signal bis Donnerstag hinsichtlich zu überarbeitender Punkte*	Hanefeld
8	**Dokumente** • Dokument „Marginalisierte Gruppen" finalisiert • Wurde BMG bereits vorgelegt, Rückmeldung dazu ausstehend •	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Arbeitsschutzstandards der stationären Altenpflege der BGW nicht besprochen	FG37

10	**Labordiagnostik** • Weiterhin ca. 10 Einsendungen pro Tag • Davon 70 bis 80 % positiv auf Rhinoviren • Andere respiratorische Viren unterhalb der Nachweisgrenze	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • DEMIS – Versand von falsch positiven Daten an Gesundheitsämter seitens Labor (Häkchen bei „positiv", jedoch aus Meldung selbst ersichtlich, dass „negativ") • Übermittlung dieser Daten als sicherheitsrelevanter Vorfall deklariert (kein Versand von Negativdaten an Gesundheitsamt laut IfSG) • Falsch positive Daten sind jedoch derzeit höchstwahrscheinlich nicht in der Statistik erfasst • Labor bereits gesperrt • Derzeit Erhebung der genauen Faktenlage • Presse soll informiert werden, Bitte dazu um Sprachregelung, wenn Faktenlage ausreichend eruiert	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Aussteigekarte – Amtshilfe durch RKI-Beauftragung der Deutschen Post: Scanlösung bei der Post durch BMG angestrebt, Amtshilfe erbeten, RKI hierbei lediglich als Mittler, Auftrag soll per Mail rausgeschickt werden	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 04.09.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr, via [redacted]	